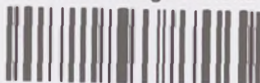
Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza w Krakowie.

Z KAZUISTYKI CIĘCIA CESARSKIEGO.

NAPISAŁ

DR. ALEKSANDER ROSNER
DRUGI ASYSTENT KLINIKI.





KRAKÓW.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1893.



Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ r. 1893. Nr. 9 i 10.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej
prof. Dra M. Madurowicza w Krakowie.

Z kazuistyki cięcia cesarskiego.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,
drugi asystent kliniki.

Dnia 26. czerwca 1892 roku o godz. 7 $^{1}/_{2}$ rano przywieziono do kliniki położniczej osobę drugą dobę rodzącą celem rozwiązania. Wywiady jej i stan obecny (L. prot. poł. 350) brzmią:

K. K. l. 30 rz.-kat. zamężna, z Mogiły, rodziła 4 razy, porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród w kwietniu 1891 roku. Już w przedostatniej ciąży a więc przed kwietniem 1891 roku miewała bóle w okolicy stawu biodrowego tak, że chód jej był już wówczas upośledzony. Z początkiem maja (8/V 1891) zgłosiła się z tego powodu do szpitala św. Łazarza, gdzie pozostawała do dnia 25/V 1891. Tam rozpoznano, jak to później dowiedzieliśmy się, zapalenie stawu biodrowego lewego (*coxitis sinistra*) a w stanie obecnym zanotowano: „W obu szczytach szmery zaostrzone, odgłos wypukowy w obu szczytach przytłumiony..... ból w kręgach lędźwiowych, ustawienie kończyny lewej w rotacyi na wewnątrz i addukcyi, bolesność za uciskiem na główkę kości udowej....“ Po wyjściu ze szpitala stan jej był znośniejszy, ale wkrótce potem pogorszył się znowu, chód był coraz

trudniejszy tak, że chora od lutego 1892 chodzić nie mogła. Guzy w okolicy lędźwiowej mają istnieć od roku. Bóle porodowe wystąpiły rano 25. czerwca, wody płodowe odpłynęły w nocy z 25. na 26., poczem na polecenie położnej przywieziono chorą do kliniki.

Badanie natychmiast przedsięwzięte wykazuje: osoba średnio zbudowana i odżywiona, ciepłota prawidłowa, tętno słabe, drobne, 120 na minutę. W sutkach, które są nie duże i obwisłe, objawy powiększenia się czynności.

Brzuch wypuklony więcej wzdłuż niż wszerz, linia środkowa brzucha zabarwiona, skóra bliznami poporodowem, pokryta; powłoki chude, mięśnie napięte. Wypuklenie brzucha pochodzi od guza, który wychodzi z miednicy małej, rozszerza się zaraz po wyjściu na boki, zwłaszcza na bok prawy i sięga dnem do wyrostka mieczykowatego. Dokładniejsze badanie wykazuje w tym guzie na talerzu biodrowym prawym, ciało okrągłe, twarde, gładkie, odpowiadające główce płodu; po stronie lewej czuć większy opór w miejscu grzbietu płodu, zakończony w dnie po stronie lewej ciałem, które odpowiada pośladkom; w dnie po stronie prawej dają się wybadać części drobne. Chełbotania nie czuć, tętno płodowe powyżej 120, słyszalne w miejscu grzbietu po stronie lewej. Skurcze macicy dość częste i silne. Na dwa palce poniżej pępka przebiega przez macicę poprzeczna bruzda, która stanowi granicę między skurczonem i twardem ciałem macicy a rozciągniętym i cienkim dolnym odcinkiem, jest więc wysoko w górę wysuniętym pierścieniem skurczowym Schrödera. Dolny odcinek macicy zwłaszcza w miejscu wypuklonym przez główkę jest za dotknięciem i podczas skurczu porodowego bolesny.

Na lewo od wyrostków kolczastych kręgów lędźwiowych widać dwa guzy, z których jeden leży ponad drugim a oba połączone są ze sobą jak dwie części klepsydry. Guz leżący niżej jest wielkości pięści, drugi nieco mniejszy, oba są podłużnie owalne, mają powierzchnię gładką, są pokryte nieco napiętą, ale zresztą prawidłową skórą, która da się nad guzem przesuwać i we fałd ująć i przez którą przeświecają rozszerzone naczynia żylne. Dotykanie nie wywołuje bólu; guzy są miękkie, prawie chełboczące, zupełnie nad podstawą nieprzesuwalne. Fluktuacya przechodzi z jednego obrzmienia w drugie, co przemawia za bezpośrednim związkiem obu guzów. Obmacywanie wyrostków kolczastych niebolesne, żaden z wyrostków nie sterczy ku tyłowi nad miarę. Natomiast dotykanie tylnej powierzchni kości krzyżowej spra-

wia ból, który zresztą w tem miejscu jakoteż w okolicy stawu biodrowego lewego utrzymuje się samodzielnie. Oprócz tego nie zbyt wybitnego bólu w okolicy stawu biodrowego niema żadnego objawu zapalenia tego stawu, gdyż tak ułożenie kończyny i jej wymiary, jak niemniej ruchy czynne i bierne są pod każdym względem prawidłowe.

Badanie przez pochwę: Wejście do pochwy szerokie; na trzy ctm. za wejściem czuje się guz, który wypukla tylną ścianę pochwy ku przodowi. Jest on kulisty, wielkości główki płodu siedmiomiesięcznego. Do górnej jego granicy nie można dojść palcem wprowadzonym do pochwy, na dół sięga aż do wychodu miednicy; od tyłu przylega do przedniej ściany kości krzyżowej, najściślej w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego-lewego, przednia zaś jego ściana jest odległa na 4 ctm. od spojenia łonowego (*coniugata obstetricia 4 ctm.*). Na boki wypełnia miednicę małą prawie zupełnie, mniej jednak po stronie prawej, niż lewej. Powierzchnia jego jest gładka, konsystencya niejednostajna, na szczycie bowiem jest elastyczny, przy podstawie twardy, w całości od guzów w okolicy lędźwiowej znacznie twardszy. Chełbotania nie można w nim nigdzie wykazać, jest on zupełnie nieporuszalny, za dotknięciem nieco bolesny.

Część pochwowa wyżej, niż prawidłowo ułożona, jest przyparta do spojenia łonowego na 1 $^1/_2$ ctm. długa, wiotka, bardzo znacznie rozpulchniona. Ujście zewnętrzne jest wygodnie dla palca drożne, brzegi ujścia bardzo podatne pozwalają na wprowadzenie drugiego palca. Szyja rozszerza się ku górze. Nad spojeniem i na prawo czuć dolny odcinek główki wypartej ku przodowi, której kontury rysują się przez powłoki, sprawiając wypuklenie nad spojeniem łonowem poniżej pierścienia skurczowego. Główkę maca się bezpośrednio; pęcherza płodowego niema.

Badanie przez odbytnicę wykazuje: na kilka ctm. za zwieraczem czuć dolny odcinek wyżej opisanego guza, który leży po za odbytnicą i wypukla jej tylną ścianę ku przodowi, przyczem odsuwa kiszkę od kości krzyżowej. Jeszcze wyraźniej, niż badając przez pochwę, czuć, że guz przytyka do kości w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego, lewego i że jest zupełnie nieporuszalny. Zresztą badanie stwierdza wszystkie cechy guza opisane powyżej. W odbytnicy masy kałowe.

Rozpoznanie. Ciąża V. Osoba rodząca na czasie, pierwszy okres porodowy, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego. Położenie płodu główkowe nie ustalone, ułożenie

czaszkowe, postawa pierwsza. Płód żyje. Bezwzględne ścieśnienie miednicy z powodu guza wychodzącego z okolicy lewego stawu krzyżowo-biodrowego. Grozi pęknięcie macicy. Co do przyrody guza, rozpoznanie waha się między nowotworem a ropniem zimnym.

Wskazanie. Jakakolwiek jest przyroda guza, to przecież to nie ulega wątpliwości, że wywołuje on bezwzględne ściśnienie miednicy. W obec takiego niestosunku możliwe są cztery sposoby postępowania, jeżeli niestosunek ten jest następstwem guza rozwijającego się w miednicy małej, jak to jest w naszym przypadku.

1) Odprowadzenie guza ponad wchód miednicy.

2) Wyjęcie guza przez pochwę lub przez laparotomią.

3) Pomniejszenie guza.

4) Cięcie cesarskie.

Zupełna nieporuszalność guza umieszczonego po za odbytnicą i zostającego w ścisłym związku z kością uniemożliwiła w naszym przypadku zastosowanie dwóch pierwszych sposobów. Można więc było myśleć o pomniejszeniu guza przez nakłucie i o cięciu cesarskiem. Ponieważ konsystencya guza była przeważnie twarda a chełbotania nie można było nigdzie wykazać, przeto nieprzypuszczano, żeby guz dał się pomniejszyć przez nakłucie; po nakłuciu więc bezskutecznem mogło się przecież stać koniecznem cięcie cesarskie, które po usiłowaniu pomniejszenia guza byłoby dla matki zabiegiem jeszcze niebezpieczniejszym, niż w zwykłych warunkach. Zresztą na doświadczenia, nie dające nadziei usunięcia niestosunku, nie było w obec grożącego pęknięcia macicy czasu. Ale gdyby nawet, *quod non*, wbrew naszym przypuszczeniom guz dał się był pomniejszyć, to przecież metoda ta niedawała, zastosowana w naszym przypadku, dobrych szans ani dla matki ani dla dziecka. Przedewszystkiem bowiem wskazane było szybkie ukończenie porodu ze względu na grożące pęknięcie macicy, więc nawet po skutecznej punkcyi nie możnaby było pozostawić porodu siłom natury, inaczej mówiąc, trzeba było wybrać i zastósować jeden z zabiegów rozwiązujących. Że ten wybór byłby trudny, jest rzeczą jasną; o obrocie nie możnaby było myśleć w obec rozdęcia dolnego odcinka i wyciągnięcia pierścienia skurczowego, kleszczy nie możnaby założyć nawet po usunięciu niestósunku tak z powodu nieustalenia główki jak i niedostatecznego rozwarcia ujścia. Pozostałaby więc kraniotomia, poświęcająca płód dla dość wątpliwej korzyści matki. Z tych przyczyn postanowił prof. Madurowicz przystąpić wprost do

cięcia cesarskiego, uważając zabieg ten w danym przypadku za najłagodniejszy dla matki i dziecka.

Operacya. Kilku lawatywami wypróżniono odbytnicę. Powłoki brzuszne obmyto mydłem i sublimatem. Srom ogolono, pochwę przepłukano rozczynem sublimatu. Cięcie skórne poprowadził prof. Madurowicz w linii środkowej pod i nad pępkiem na długość 20—24 ctm. Naczynia broczące zamknięto zasuwkami. Macica bezpośrednio oglądana okazuje wyraźne objawy grożącego pęknięcia. Pierścień skurczowy przebiegający skośnie od strony prawej i góry na dół i na stronę lewą jest wysoko, bo na dwa palce niżej pępka, w górę wyciągnięty.

Po nad nim skurczone ciało macicy, poniżej zaś pierścienia dolny odcinek o ścianach cienkich, rozdęty więcej po stronie prawej to jest w miejscu główki, której kontury rysują się wyraźnie przez scieńczałe ściany. Macicę wytoczono przed powłoki, górną część rany brzusznej zamknięto tymczasowymi szwami, pod wytoczoną macicę podsunięto kompresy aseptyczne. Na szyję macicy założono ligaturę elastyczną, którą zaciągnięto i powierzono jednemu z asystentów. Następnie poprowadził operator cięcie w linii środkowej macicy powyżej pierścienia skurczowego, przyczem natrafił na łożysko leżące na przedniej ścianie macicy (*placenta praevia caesarea*); nie przecinając i nie oddzielając łożyska poprowadził operujący cięcie poniżej do granicy dolnego odcinka a nawet nieco poza nią i tą drogą wydobył za bark prawy wysuwający się z rany płód bardzo lekko omdlały. Cuceniem zajął się jeden z asystujących. Przystąpiono do odklejenia popłodu, co zrobiono powoli i ostrożnie. Krwawienie dzięki dobremu podwiązaniu szyi macicznej bardzo nieznaczne, chociaż ciało macicy kurczy się słabo i widać otwarte światła grubych naczyń żylnych. Teraz dokładniej jeszcze, niż przed rozcięciem, widać różnicę między trzonem a dolnym odcinkiem macicy, który ma ściany cienkie a w miejscu, gdzie leżała główka, nawet bardzo cienkie. Wytarłszy wnętrze macicy bardzo starannie pęczkami waty napojonymi 5% rozczynem karbolu przystąpiono bezzwłocznie do szycia. Warstwę mięsną złączono szwem katgutowym kuśnierskim w głąb zapuszczonym, unikając przy tem starannie skaleczenia wewnętrznej powierzchni jamy macicy. Drugą nitką katgutu również szwem kuśnierskim złączono otrzewnę maciczną. Zimnymi aseptycznymi kompresami wywołano skurcz trzonu macicy, poczem usunięto ligaturę elastyczną. Z linii szwów górnych ani z górnych miejsc wkłucia

nie pojawiła się ani kropla krwi. Natomiast w linii szwów dolnych, biegnącej przez dolny odcinek macicy, wyraźnie atoniczny, widać tu i ówdzie niezbyt obfite krwawienie, z powodu którego założono tutaj w kilku miejscach szwy dodatkowe węzełkowe. Po zdjęciu szwów tymczasowych zamykających górną część rany brzusznej, wpuszczono macicę do jamy brzusznej, a gdy znowu w dolnym odcinku rany macicznej zaczęła się krew sączyć, założono jeszcze jeden szew dodatkowy. W końcu przekonawszy się, że krwawienie zupełnie ustało, przystąpiono do ostatniego aktu operacyi: do zamknięcia powłok brzusznych. W tym celu zaszyto naprzód otrzewną szwem katgutowym kuśnierskim, poczem zamknięto ranę czterema głębokimi szwami jedwabnymi i szwem skórnym kuśnierskim jedwabnym. Założono opatrunek antyseptyczny lekko uciskający.

Noworodek płci męzkiej nie jest całkiem donoszony: waga ciała wynosi 2890 grm., długość 49 ctm., obwód główki $33^1/_2$ ctm., wymiar skroniowy 8 ctm., ciemieniowy 9 ctm., czołowo-potylicowy 12 ctm., ukośny duży 13 ctm., ukośny mały 11 ctm., odległość barkowa 11 ctm., obwód klatki piersiowej 30 ctm. Płód okazuje zniekształtnienie główki a mianowicie wyraźne spłaszczenie kości ciemieniowej prawej.

P r z e b i e g p o o p e r a c y j n y. Bezpośrednio po zabiegu chora, pozostająca jeszcze na wpół pod wpływem narkozy, zachowuje się bardzo niespokojnie. Po zupełnem przebudzeniu się, żali się na bóle w krzyżach i leży przeważnie na boku, gdyż leżenie na wznak jest jej zbyt dolegliwe. Chorej podano 20 kropli nalewki makowca. Wprawdzie podczas operacyi zauważono, że zagięcie esowate kiszki grubej ponad guzem jest wypełnione dużą ilością kału, postanowiono pomimo to wywołać wypróżnienie po kilku dniach a nie zaraz po operacyi.

26. czerwca po południu ciepłota 37·0°, tętno 132, wymioty dwa razy. Bóle w krzyżach utrzymują się, chora nieco spokojniejsza leży ciągle na boku.

27. czerwca rano ciepłota 37·4°, tętno 120, stan chorej znośny. Po południu ciepłota 37·0°, tętno 132. Wymioty nie powtórzyły się, bóle w krzyżach mniejsze. Dyeta ścisła płynna. Odchody połogowe bardzo skąpe, różowe.

28. czerwca rano ciepłota 37·6°, tętno 116. Chora przepędziła noc spokojnie i nie żali się na żadne dolegliwości. Przyjmuje pokarmy płynne (rosół, bulion, mleko). Po południu ciepłota 37·1°, tętno 116. Stan ogólny dobry. Chora nie oddaje stolca ani wiatrów.

29. czerwca rano ciepłota 37·4°, tętno 104. Mierne wzdęcie brzucha, zresztą stan jak wczoraj. Podano olejek rącznikowy i zastosowano niskie wlewania Hegarowskie; pomimo to nie pojawiły się ani stolec ani gazy. Po południu ciepłota 37·3°, tętno 108. Chora wymiotowała kilka razy z początku treścią żołądkową, potem żółcią. Wieczorem dość znaczne wdęcie brzucha i wymioty kałowe. Chora bardzo osłabiona. Rozpoznano niedrożność przewodu pokarmowego. O godzinie 11. wieczorem, gdy stolec nie pojawiał się a wymioty stawały się coraz częstsze, przystąpiono do wysokich i obfitych wlewań Hegarowskich; dopiero około godziny 12. w nocy zaczęły się pojawiać zbite masy kałowe, poczem w krótkich przerwach wystąpiło kilka bardzo obfitych stolców.

30. czerwca rano ciepłota 38·5, tętno 114. Wzdęcie brzucha utrzymuje się, choć bolesność nieznaczna. Wymioty od chwili usunięcia niedrożności nie pojawiły się. Chorej podano 20 kropli nalewki makowca. Dyeta ciągle płynna. Po południu ciepłota 38·0°, tętno 140 słabe. Wzdęcie i bolesność brzucha utrzymują się. Zmienienie opatrunku. Rana nie przedstawia się prawidłowo: dwa szwy głębokie przecięły skórę, która w tych miejscach jest zaczerwieniona. W dolnym odcinku rany obumarł kawałek skóry na przestrzeni 2 ctm.[2] Ranę obmyto sublimatem, pokryto gazą jodoformową, którą przytwierdzono kolodionem z jodoformem. Brzuch pomazano kolodionem i zalecono zimne okłady. Odchodów połogowych bardzo mało.

1. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 128, chora przespała noc spokojnie, rano oddała dobrowolnie dwa stolce. Stan podmiotowy chorej lepszy, bóle i wzdęcie brzucha mniejsze. Po południu ciepłota 37·6°, tętno 140 drobne; język suchy.

2. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 124. Sen spokojny, rano dwa stolce. Wieczór ciepłota 38·0°, tętno 124, język wilgotny, wzdęcie i bóle brzucha ustąpiły prawie zupełnie.

3. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 120. Wieczór ciepłota 38·0°, tętno 120, zresztą stan jak wczoraj.

4. lipca rano ciepłota 37·5°, tętno 112, wieczór ciepłota 38·3°, tętno 124. Wzdęcia brzucha niema, apetyt i sen dobry.

5. lipca ciepłota rano 39·0°, tętno 128. Chora osłabiona. Przypuszczając, że podwyższenie ciepłoty pochodzi z ropienia w kanałach szwów, zdjęto opatrzenie. Rana tylko w górnym odcinku jest zgojona doraźnie *(per primam)*. Szwy

głębokie powcinały się głęboko w skórę, która w kilku miejscach obumarła. Ponad obumarłymi ubytkami przechodzi w kilku miejscach szew powierzchowny kuśnierski jak pomost. Największy ubytek, pokryty szarym nalotem, widać w dolnym odcinku rany brzusznej. Szwy głębokie, które leżą luźnie, usunięto, ranę obmyto sublimatem i zasypano jodoformem; założono opatrzenie plastrowe. Wieczorem o godzinie 6 ciepłota 38·6°, tętno 120, chora nie doznaje bólów. O godzinie 11 w nocy ciepłota 40·5°, tętno 152 bardzo drobne. Podano stare wino węgierskie.

6. lipca rano ciepłota 38·5°, tętno 128. Chora żali się na ból w okolicy lędźwiowej lewej i leży na boku prawym. Wieczorem ciepłota 39·5°, tętno 142; zdjęto opatrzenie. Mniej więcej w środku rany brzusznej na przestrzeni 2 ctm. widać otwór powstały przez rozejście się brzegów rany, prowadzący do jamy brzusznej. W głębi widać pętle jelita cienkiego, przyczem naocznie przekonać się można, że otrzewna ścienna i jelitowa, o ile można ją widzieć przez otwór, jest zupełnie prawidłowa gładka i nie utraciła swego połysku. Ponad otworem przechodzi kilka nitek szwu jedwabnego skórnego, które usunięto. Przystąpiono bez zwłoki do oczyszczenia i okrwawienia brzegów i do zaszycia otworu. Założono dwa szwy jedwabne, idące przez całą grubość powłok i zajmujące również otrzewnę ścienną. Ranę oczyszczono i założono opatrzenie plastrowe.

7. lipca rano ciepłota 38·0°, tętno 100. Wieczór 38·1°, tętno 126; chorej dokuczają bóle w okolicy guzów lędźwiowych, zresztą stan ogólny nie zły.

8. lipca ciepłota 37·0°, tętno 104. Zmiana opatrzenia. Dolny odcinek rany pokryty strzępami obumarłemi. W górnej części rany tworzy się ziarniniak (*granuloma*), który przyżegnięto kamieniem piekielnym. Badanie chorej wykazuje: guzy w okolicy lędźwiowej powiększyły się i okazują większe napięcie; natomiast guz wypełniający miednicę małą przypłaszczył się. Prof. Obaliński biorący udział w badaniu sądzi, że guzy w okolicy lędźwiowej są ropniami, nie wyklucza jednak i tego przypuszczenia, że obrzmienie jest nowotworem, który w środku ulega rozpadowi i okazuje chełbotanie. Wątpliwości może zdaniem jego rozstrzygnąć nakłucie, które również będzie miało na celu wykazanie, czy między obrzękami w okolicy lędźwiowej a guzem miednicy małej jest związek bezpośredni. Wieczorem 37·5, tętno 108. Stan ogólny chorej dobry; wzdęcia ani śladu, brzuch nie bolesny, sen i apetyt dobry.

9. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 104. Wieczorem 38·0°, tętno 112. Opatrzenia nie zmieniano.

10. lipca rano 37·0°, tętno 96. Zmiana opatrzenia; szwy założone 6. lipca przecięły powłoki, które teraz rozeszły się w tem samem miejscu, co przedtem. Mamy więc znowu otwór w powłokach, zatkany jednak tym razem pętlą jelita cienkiego, która mocno przylega do brzegów rany. Powierzchnia jelita szara, szorstka. Postanowiono pętlę jelita oczyścić, od brzegów rany odkleić a w końcu zaszyć otwór. Próba jednak łagodnego wsunięcia jelita do jamy brzusznej nie udała się, forsownego odklejania wypadłej i zanieczyszczonej pętli unikano i dlatego ograniczono się tylko do obmycia rany i jelita 3% roztworem karbolu, zasypania jodoformem i pokrycia zwykłym opatrunkiem.

11. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 86. Wieczór 37·1°, tętno 92, stan chorej zupełnie dobry.

12. lipca powierzchnia jelita pokrywa się czystą ziarniną, ciepłota prawidłowa.

Od 12. do 16. lipca stan chorej nie pozostawiał nic do życzenia; ciepłota prawidłowa, tętno między 80 a 92. Ranę opatrywano co drugi dzień, przyczem spostrzeżono, że otwór w powłokach, zatkany pętlą jelitową, zaciąga się. W tym stanie przeniesiono chorą z powodu zamknięcia kliniki dnia 16. lipca do oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego. Dziecko umieszczono 6. lipca w oddziale mamek szpitala św. Ludwika.

Dnia 19. lipca nakłół prof. Obaliński guz w okolicy lędźwiowej grubym trójgrańcem; nie wypłynęła przytem jednak żadna ciecz, natomiast wydobył się strzępek tkanki miękkiej. Badanie drobnowidowe tego kawałka, wykonane przez sekundaryusza oddziału drugiego Dra Czaplińskiego, wykazało, że guz jest mięsakiem wrzecionowato komórkowym (*sarcoma fusocellulare*). Ranę opatrzono antyseptycznie.

Dnia 2. Sierpnia opuszcza chora szpital na żądanie męża. Według wiadomości zasięgniętych w Mogile, miała chora tamże zakończyć życie, mniej więcej w trzy tygodnie po wyjściu ze szpitala. Przyczyną śmierci był najprawdopodobniej złośliwy nowotwór. Dziecko do października 1892 miało się dobrze.

Opisujemy powyższy przypadek nietylko dlatego, żeby wzbogacić statystykę cięcia cesarskiego zachowawczego, ale nadto i z tego powodu, ażeby zwrócić uwagę na kilka zajmujących szczegółów, które czynią nasz przypadek nie co-

dziennym a mianowicie chcemy zwrócić uwagę na to, że: 1) przed operacyą nie można było rozpoznać przyrody guza ścieśniającego miednicę; 2) cięcie cesarskie wykonano z dość rzadkiego wskazania; 3) wykonano je w warunkach niepomyślnych; 4) w połogu wystąpiła niedrożność jelit; w końcu 5) rana brzuszna rozeszła się dwa razy a raz wypadła pętla jelita. Nad punktami tymi zastanowimy się po kolei.

Rozpoznanie przyrody guza musiało w naszym przypadku wahać się, jak to już wyżej wspomnieliśmy, między nowotworem a ropniem zimnym, z wszelką jednak pewnością nie można było wykluczyć ani jednego ani drugiego przypuszczenia. Wywiady zdawały się więcej przemawiać za sprawą zapalną, ale bez żadnej zmiany dały się również zastósować do rozpoznania nowotworu. Mówiąc o wywiadach mam tu na myśli dwa objawy, na które chora zwraca uwagę a mianowicie ból i upośledzenie ruchów kończyny dolnej lewej. Tym bólem i tem utykaniem rozpoczynają się zwykle przewlekłe cierpienia zapalne stawów. W szpitalu św. Łazarza rozpoznanie zapalenia lewego stawu biodrowego w maju 1892, w historyi choroby uzasadnione, przemawiało również za tem, że sprawa zapalna jest dalej w toku i od roku postąpiła o tyle, że wytworzyły się ropnie zimne, których jeszcze nie było podczas pobytu chorej w szpitalu. Ale i nowotwory miednicy małej rozpoczynają się często bólem i utykaniem. Büge [1]) zebrał i zestawił historye chorób jedenastu przypadków mięsaków miednicy i zastanawiając się nad objawami tego zresztą rzadkiego cierpienia, pisze: „prawie wszyscy chorzy podają jako pierwszy objaw cierpienia miejscowe bóle, następnie bóle rozpromieniające się w nogi, później zaś dopiero zwracają uwagę na istnienie guza“. Z wywiadów zestawionych w pracy Bügego wypada, że obok bólów występuje bardzo często w samym początku choroby i upośledzenie ruchów odpowiedniej kończyny dolnej. Oba

---

[1]) Büge: Beitrag zur Casuistik der von den Knochen ausgehenden Beckensarcome. Inaug. Dissert. Greifswald, 1888, p. 27.

więc objawy, na które chora nasza narzeka, wydarzają się równie często w początkach sprawy zapalnej jak nowotworowej; innemi słowy: wywiady nie mogły w naszym przypadku ułatwić rozpoznania.

Co się tyczy badania przedmiotowego, to i one nie mogło sprawy wyjaśnić. Badanie to wykrywa szereg objawów, z których jedne zdają się wyraźnie przemawiać za ropniem zimnym, inne z równą niemal pewnością każą rozpoznawać nowotwór. Objawy przemawiające za ropniem zimnym odnoszą się do obrzęków koło kręgosłupa lędźwiowego. Obrzęki te mają i kształt właściwy ropniom i właściwą im konsystencyą, okazują chełbotanie, a co najważniejsza, nie znajdujemy tu żadnego objawu, któryby sprzeciwiał się rozpoznaniu ropnia. Natomiast guz wypełniający miednicę małą przedstawia się zupełnie inaczej. Jest on, jak to w stanie obecnym wspomniano, od obrzęków lędźwiowych twardszy, chełbotania w nim niema, jednem słowem wszystko przemawia za tem, że jest on raczej nowotworem, niż ropniem. Z tego wynika, że ścisłe i pewne rozpoznanie było niemożliwe przed nakłuciem.

Co do drugiego punktu, to, jak wiadomo, bezwzględne ścieśnienie kostnej miednicy jest najczęstszą przyczyną cięcia cesarskiego, rzadziej nowotwory wychodzące z części rodnych (rak, włókniak macicy). Do rzadszych jeszcze przyczyn należą guzy nie będące w związku z częściami rodnemi a ścieśniajace bardzo miednicę, jak w naszym przypadku. Inne wskazania, jak n. p. zwężenie pochwy i t. d., nie są również częste. Leopold [1]) w 23 przypadkach cięcia cesarskiego nie operował ani razu z powodu guzów miednicy. W 424 przypadkach cięcia cesarskiego, zestawionych w pięciu rocznikach Frommla [2]), operowano tylko 15 razy z powodu guzów niebędących w związku z częściami rod-

---

[1]) Leopold: Der Kaiserschnitt und seine Stellung etc. Stuttgart 1888.

[2]) Frommel: Jahresbericht etc. 1887, 1888, 1889, 1890 i 1891.

nemi. Z tych 15 tylko w pięciu przypadkach guz był mięsakiem wychodzącym z kości miednicy (w 6 przypadkach nie podano przyrody guza, w dwóch rozpoznano chrząstniak śródkostny (*enchondroma*), w jednym rak odbytnicy, w jednym wreszcie torbiel skórzakowy zaotrzewnowy (*cystis dermoidalis retroperitonealis*). Oprócz tych znane są w literaturze i inne guzy, które jednak stanowią unikaty, n. p. nerwiak nerwu kulszowego w przypadku opisanym przez prof. Madurowicza [1]). Z tego cyfrowego zestawienia wynika, że mięsak miednicy stanowił tylko w 1·2% przypadków wskazanie do cięcia cesarskiego, choć i ta mała cyfra jest prawdopodobnie za dużą, jeżeli się uwzględni, że niemal wszystkie cięcia cesarskie wykonane ze wskazania tak rzadkiego, jak mięsak miednicy, ogłoszono, nie publikowano zaś wielu przypadków innych, w których wskazanie jest tak częste jak ścieśnienie miednicy.

Punktu trzeciego, t. j. tego, że zabieg wykonano w warunkach niepomyślnych, długo udowadniać nie potrzeba. Wprawdzie poród nie trwał zbyt długo, bo zaledwie 24 godzin a wody odpłynęły mniej więcej przed ośmiu godzinami, pomimo to mieliśmy wyraźne objawy rozdęcia dolnego odcinka macicy a, co za tem idzie, niebezpieczeństwo pęknięcia. Tak w opisie stanu obecnego, jak i zabiegu operacyjnego była o tem wyraźna wzmianka. Że taki stan psuje warunki i pogarsza rokowanie, rzecz pewna i znana. Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że najstosowniejszą chwilą do zabiegu jest początek porodu a Schauta [2]) pisze: „Man operire bei Beginn der Wehen, vorausgesetzt, dass das Orificium mindestens für einen Finger durchgängig ist. Das Vorhandensein der Fruchtblase ist dabei wünschenswerth, kann jedoch nicht unbedingt gefordert werden. Spätoperationen sind zu vermeiden, da dieselben prognostisch ungünstig sind“. W naszym przypadku mieliśmy do czynienia

---

[1]) Madurowicz: Przegląd lekarski 1870, str. 153 i nast.

[2]) Schauta: Grundriss der operativen Geburtshilfe. 1892. str. 217.

niewątpliwie z tem, co Schauta nazywa *Spätoperation*, i nie zbyt długiej zwłoki potrzeba było na to, żeby zamiast cięcia cesarskiego wykonać laparatomię w razie pęknięcia macicy. Te objawy grożącego pęknięcia, powstałe w dość krótkim czasie po odpływie wód, dowodzą, że praca porodowa i siła bólów musiały być znaczne; tego samego dowodzi zresztą i stan główki płodu. Główka ta, którą znaleźliśmy na talerzu biodrowym prawym a więc nad wchodem miednicy, okazywała wyraźne zniekształcenie podobne do tego, jakie znajdujemy w przypadkach, w których główka, przy silnych bólach i niezbyt krótko trwałym porodzie, przechodzi przez przewód miednicy, zwłaszcza, jeżeli nadto jest niestósunek porodowy. W naszym przypadku deformacya polegała na spłaszczeniu kości ciemieniowej prawej, którą widocznie silne bóle przyparły do talerza biodrowego.

Do niekorzystnych warunków możemy w końcu zaliczyć wypełnienie kiszki grubej kałem a czynimy to tem pochopniej, ile że właśnie to powikłanie dało się we znaki po operacyi. Słup kału opierał się od dołu o guz miednicowy i dlatego zwykłemi lawatywami nie mogliśmy go prżed zabiegiem usunąć. To stało się prawdopodobnie przyczyną ciężkich objawów niedrożności przewodu pokarmowego, które wystąpiły trzeciego dnia po operacyi i omal nie stały się przyczyną śmierci pacyentki. Zachodzi pytanie, co było przyczyną niedrożności? czy samo wypełnienie jelit kałem i osłabienie ruchów robaczkowych przez podawanie nastoju makowcowego? Sądzimy, że nie. Olshausen[1]) w dziele swojem o chorobach jajnika rozwodzi się szeroko nad przyczynami niedrożności przewodu pokarmowego po owaryotomiach, nie wspomina jednak o tem, żeby samo wypełnienie jelit kałem i osłabienie lub zniesienie ruchu robaczkowego moglo sprowadzić niedrożność. — Również i Hegar zastanawia się w operacyjnej ginekologii nad przyczynami niedrożności po laparotomiach i zestawia w sposób wyczerpujący czynniki

---

[1]) Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart 1886.

mogące sprowadzić *ileus*, ale i on nie wspomina o przerzeczonej przyczynie. Jest rzeczą wielce do prawdy podobną, że do powstania niedrożności u naszej chorej przyczynił się obok wypełnienia jelita kałem i osłabienia ruchów robaczkowych także i ucisk, jaki wywierał nowotwór na kiszkę odchodową. Ten ucisk nie był tak znaczny, żeby sam przez się zamykał zupełnie drogę kałowi, bo przed zabiegiem znaleźliśmy kał i poniżej przeszkody, ale bądź co bądź utrudniał on treści jelitowej, zwłaszcza zbitej, posuwanie się naprzód tak, że do przezwyciężenia przeszkody potrzeba było silniejszego niż zwykle ruchu robaczkowego. Tymczasem podanie nastoju makowcowego ruch ten osłabiło, przez co przeszkoda dotąd względna stała się bezwzględną; duży słup twardego kału nie popychany naprzód silnym ruchem robaczkowym, nie mógł przesunąć się przez miejsce uciśnione i objawy niedrożności musiały szybko wystąpić. Czy podanie makowca było błędem, trudno rozstrzygnąć. Był on przecież bezpośrednio po zabiegu wskazany, bo chodziło o uspokojenie ruchu jelit a więc o spokój dla organu zranionego i zeszytego, dla macicy.

Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że rokowanie w przypadkach niedrożności pooperacyjnej jest bardzo niekorzystne. Spencer Wells [1]) nazywa wprost powikłanie to najcięższem, jakie się zdarzyć może po owaryotomii (bo o tej operacyi tylko pisze) i niewątpliwie w przypadkach niezakażonych chyba tylko krwotok do zaszytej jamy brzusznej jest powikłaniem groźniejszem.

Do szczegółów, które przypadek nasz czynią zajmującym, zaliczyliśmy w końcu rozejście się powłok brzusznych. Powikłanie to przebiegu pooperacyjnego nie należy do przypadków częstych, jak tego wymownie dowodzi literatura. Everke [2]) pisząc o tem w roku 1890 przytacza zaledwie 13

---

[1]) Spencer Wells: Krankheiten der Eierstöcke. Leipzig 1874.

[2]) Everke: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. XX, p. 441.

przypadków zebranych przez Olshausena, choć Bruntzel[1]) już w r. 1880 wspomina o 19 przypadkach. Spencer Wells widział i opisał 6 przypadków rozejścia się powłok brzusznych, Ask[2]) przytacza jeden, Freund[3]) także jeden przypadek. Przeglądając przystępną sobie literaturę i zestawiając przypadki zebrane przez Olshausena i Bruntzla znajduję ich w ogólności tylko 26, choć niewątpliwie zdarzenie to jest częstszem. Tych 26 przypadków rozdziela się na autorów, którzy je widzieli i opisali, jak następuje: Spencer Wells 6, Bruntzel 3, Olshausen i Peaslee po dwa, Spiegelberg, Walne, Lawson Tait, Nussbaum, Lyon, Hodder, Bickersteth, Freund, Wahl, Menzel, Ask, Croft i Mandelstam[4]) po jednym. Dzięki nadzwyczajnej uprzejmości proff. Madurowicza, Obalińskiego i Rydygiera, którym na tem miejscu składam podziękowanie, mogę do tej cyfry dołączyć pięć dotąd nieogłoszonych przypadków, z których proff. Madurowicz i Obaliński obserwowali po dwa, prof. Rydygier zaś jeden przypadek.

Przyczyny otwarcia się jamy brzusznej po laparotomii są zupełnie jasne; są one najczęściej przyrody czysto mechanicznej, jak wzdęcie brzucha, kaszel, wymioty, parcie na stolec. zbyt wczesne wstanie z łóżka i t. d. Są to wszystko czynniki, którym dobrze zgojona lub silnie szwami ściągnięta rana może stawić należyty opór. Tak też dzieje się najczęściej; wzdęcie żywota, kaszel i wymioty nie są wcale rzadkiemi powikłaniami przebiegu pooperacyjnego a pomimo to zwykle rana brzuszna się nie otwiera. Do tych przyczyn mechanicznych, które można zebrać razem pod jedną nazwę parcia od wewnątrz, przyczynia się jednak najczęściej drugi czynnik: brak należytego oporu od zewnątrz, który też rozmaicie się przedstawia. Albo rana nie goi się doraźnie (*per*

---

[1]) Bruntzel: Ueber secundaere Dehiscenz der Bauchwunde etc. Centrbl. f. Chirurgie 1880, pag. 401.

[2]) Ask: Ueber Ovariotomie. Centrblt. f. Gynaekol. 1881, pag. 483.

[3]) Freund: Centrblt. f. Gynaekol. 1879, pag. 483.

[4]) Mandelstam: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekol. XXV, pag. 66.

primam) wskutek ropienia lub złego zestósowania brzegów podczas szycia, albo też rana jest w trakcie gojenia się przez rychłozrost, ale szwy usunięto zbyt wcześnie.

I jedno i drugie sprawia brak należytego oporu od zewnątrz, gdyż tak rana ropiejąca jak i rana gojąca się doraźnie potrzebują w pierwszych stadyach poparcia od zewnątrz, ażeby się nie rozejść pod wpływem wzmożenia się parcia od wewnątrz. Dlatego to pacyentki po laparotomii nawet, jeżeli rana goi się prawidłowo, leżą przynajmniej 3 tygodnie w łóżku a i po opuszczeniu łóżka powinny, jak powszechnie wiadomo, nosić opaskę brzuszną i wystrzegać się ciężkiej pracy i parcia. Pomijanie tych przepisów wcale nie musi pociągnąć za sobą złych następstw, ale niewątpliwie może. Że nie musi, najlepszym dowodem statystyka Martina[1]), który pacyentki swoje po myomotomii wypuszcza z zakładu już 15. lub 17. dnia i pisząc o tem dodaje: „Nach der entfernten Heimath entlassen“, a które to pacyentki pomimo to cieszą się zupełnem zdrowiem. Tak nie postępuje jednak przeważna liczba operatorów a Olshausen[2]) pisze: „Dieselben (die Operirten) mit 15 Tagen aus dem Krankenhause zu entlassen, wie in verschiedenen Berichten zu lesen ist, halte ich für einen gefährlichen Leichtsinn“.

Autorowie piszący o rozejściu się rany brzusznej, kładą główny nacisk na różne przyczyny tej komplikacyi. I tak Hegar i Kaltenbach[3]) wspominają wprawdzie o przyczynach mechanicznych, o kaszlu, wymiotach i t. d., akcentują jednak najsilniej gojenie się rany *per secundam intentionem* i wzdęcie brzucha w przypadkach posokowatego zapalenia otrzewny. Z tem zapatrywaniem nie zgadza się Olshausen i twierdzi, że nie złe gojenie się rany, ale właśnie czynniki mechaniczne są najczęstszą przyczyną rozejścia się rany brzusznej. Za tem przypuszczeniem przemawia też i statystyka, która wy-

---

[1]) Martin: Ueber Myomoperationen. Zeitschr. f. Geburtsh. u Gynaek. XX, pag. 47.

[2]) Olshausen l. c. pag. 349.

[3]) Hegar i Kaltenbach: Operative Gynaek. 1886 p. 299.

azuje, że przeważnie chodziło o rany niezakażone i doraź- zgojone, że więc siła rozpychająca ranę od wewnątrz ła tak wielką, że nie potrzeba było sprzyjającej okolicz- ści, jaką jest niewątpliwie ropienie, żeby się rana rozeszła. U naszej chorej mieliśmy kilka przyczyn: z jednej strony powiększenie się parcia w postaci znacznego wzdęcia brzucha i mocnych ruchów wymiotnych, z drugiej strony brak należytego oporu z powodu zawinięcia brzegów rany i ropienia. Tyle o przyczynach. Co się tyczy czasu upływającego między operacyą a rozejściem się powłok, to dzieje się to najczęściej między 7. a 17. dniem po laparotomii i prawie zawsze po wyjęciu szwów. Pospolicie termin usunięcia szwów bywał dość wczesny, jak w dwóch przypadkach Spencera Wellsa (szósty dzień), w jednym Bruntzla (szósty dzień), w jednym Rydygiera (szósty lub siódmy dzień). Wyjęcie wszystkich szwów, tak głębokich jak i powierzchownych, już ósmego dnia jest niewątpliwie też zawczesne; przyczyniło się ono prawdopodobnie do rozejścia się rany w przypadkach Bruntzla, Crofta, Olshausena i Wahla. W przypadku Nussbauma rozeszły się jednak powłoki pomimo, że szwy wyjęto dopiero dwunastego dnia, natomiast w trzecim przypadku Bruntzla rana otwarła się przed usunięciem szwów już czwartego dnia po zabiegu. U naszej chorej wyjęto szwy głębokie dziewiątego dnia po operacyi a nazajutrz zauważono rozstęp rany. Z tego krótkiego zestawienia widzimy, że acz wczesne wyjęcie szwów przyczynia się do rozejścia rany, jest ono jednak tylko warunkiem sprzyjającym a wcale nie niezbędnym.

Przechodzimy do rokowania w przypadkach rozstępu rany laparotomijnej; musimy je podzielić na dwa działy: na rokowanie co do skutku następowego szwu i *quoad vitam.* Co się tyczy rokowania szwu następowego, to zależy ono zdaniem Hegara i Kaltenbacha od tego, czy rozeszła się rana zgojona doraźnie a więc aseptyczna, czy też brzegi rany były zakażone a rana ropiała. W pierwszym przypadku rokowanie jest znacznie lepsze; po powtórnem zaszyciu zwykła rana taka goić się doraźnie. Tak przebiegały

trzy przypadki Bruntzla, dwa Olshausena, jeden Everkego, jeden Rydygiera i jeden Wahla. Jeżeli zaś rana jest zakażona i ropieje, wtenczas zdaniem Hegara nawet po oczyszczeniu, odświeżeniu i zaszyciu wcale nie zawsze goi się doraźnie, co naturalnie psuje też i rokowanie *quoad vitam*. W czasach przedantyseptycznych każdy prawie przypadek rozejścia się powłok kończył się śmiercią, teraz rokowanie jest znacznie lepsze. Z 31 przypadków ery dawnej i obecnej zakończyło się 14 śmiercią a 17 wyzdrowieniem. Śmiertelność dochodzi więc bądź co bądź do pokaźnej cyfry 45·1%.

Jedynem racyonalnem leczeniem tego powikłania jest oczyszczenie, odświeżenie i zaszycie rany, która się rozeszła; jeżeli jelita wypadły, należy je oczyścić i odprowadzić do jamy brzusznej. Tak uczyniono w naszym przypadku po pierwszem rozejściu się rany. Że po powtórnem rozejściu się nie odprowadzono jelita i nie szyto, o tem była wzmianka w historyi choroby, jak również i o tem, dlaczego tego nie zrobiono. Pomimo to skutek bezpośredni był dobry, podobnie jak w przypadkach Crofta, Mandelstama i Obalińskiego, którzy jelit nie odprowadzali i rozstępu nie szyli. Postępowania takiego, do którego można być zmuszonym zbiegiem okoliczności rzadkim i niekorzystnym, nie można jednak uważać za metodę, lecz jedynie tylko za *ultimum refugium*. Jest ono w wysokim stopniu ryzykowne i nawet po szczęśliwem na razie wyleczeniu naraża chorą na niebezpieczeństwo niedrożności wskutek przyrośnięcia wypadłego jelita do powłok. Dlatego stosować je można tylko w ostateczności, jak to stało się w przypadku Obalińskiego i naszym, uważając zawsze odprowadzenie jelit i zaszycie za leczenie jedynie wskazane.

